

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

MARIA DA PENHA INÁCIO ALVES

**UM OLHAR SOBRE O CUIDADOR EM INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

JOÃO PESSOA

2017

MARIA DA PENHA INÁCIO ALVES

**UM OLHAR SOBRE O CUIDADOR EM INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para a
obtenção do Título de Graduação em
Terapia Ocupacional da Universidade
Federal da Paraíba, sob orientação da
Prof^ª. Isabela Lemos Arteiro.

JOÃO PESSOA

2017

A474oAlves, Maria da Penha Inácio.

Um olhar sobre o cuidador em instituição de longa permanência para idosos/
Maria da Penha Inácio Alves.- - João Pessoa: [s.n.], 2017.
49f.

Orientadora: Isabela Lemos Arteiro

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Idosos - demência.2. Envelhecimento.3. Cuidadores.

BS/CCS/UFPB CDU: 616.8-003.8(043.2)

MARIA DA PENHA INÁCIO ALVES

**UM OLHAR SOBRE O CUIDADOR EM INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para a
obtenção do Título de Graduação em
Terapia Ocupacional da Universidade
Federal da Paraíba, sob orientação da
Profª. Isabela Lemos Arteiro.

Aprovado em 19 de maio de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Isabela Lemos Arteiro

Universidade Federal da Paraíba

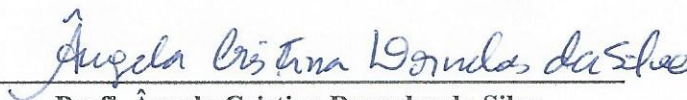
Orientadora



Profª. Leticia Zanetti Marchi Altafim

Universidade Federal da Paraíba

Examinadora



Profª. Ângela Cristina Dornelas da Silva

Universidade Federal da Paraíba

Examinadora

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e à minha inesquecível tia Helena (*in memoriam*), que sempre me estimulou a seguir em frente.

Agradecimentos

A Deus pelo fôlego de vida e pela força concedida para a superação dos obstáculos, me permitindo obter este título de conhecimento humano.

Ao meu querido esposo Pedro e aos meus amados filhos Petrúcio, Patrícia e em especial Priscila, pelo amor, carinho, dedicação, paciência e compreensão sem medidas.

Aos meus queridos filhos de coração Adriano, Anna e Evandro.

À minha família pelo apoio e compreensão. Às minhas queridas tias, Helena “in memoriam”, Sineide “in memoriam”, Célia e Gláucia pelas orações.

À minha querida professora orientadora Isabela Lemos, pelo carinho, compreensão e paciência para que esse trabalho chegasse a sua conclusão.

À minha professora Márcia Gomes pelos ensinamentos acadêmicos e da vida.

A todos os professores do departamento de terapia ocupacional da UFPB pela dedicação e pelo empenho para que nos tornemos seres humanos melhores e bons profissionais, especialmente às professoras Letícia Marchi e Ângela Dornellas por aceitarem o convite de compor a banca de defesa deste trabalho, pelo carinho e cuidado.

Às minhas queridas amigas de estágio e colegas de classe Renata e Natália, pela motivação e pela amizade ao longo desses anos.

A todos os meus colegas de classe.

A todos os preceptores de estágio, em especial, à minha querida amiga Érica.

À instituição Vila Vicentina, e em especial os cuidadores.

*“O corpo, ele desmorona... a graça e o vigor desaparecem
Agora existe uma pedra... onde antes havia um coração
Mas dentro dessa carcaça velha. Um homem ainda mora,
E de vez em quando... o meu coração golpeia, cresce
Lembro das alegrias... lembro das dores
E estou amando e vivendo... a vida novamente
Penso nos anos, todos eles, tão poucos... passam rapidamente
E aceito o fato áspero... de que nada dura
Então, pessoas, abram os olhos...
Abram e vejam
Não um velho rabugento.
Olhem mais de perto... vejam...
Eu¹”.*

¹¹ Trecho extraído de uma carta escrita pelo idoso australiano Mac Popper, que morreu sozinho em um lar para idosos.

RESUMO

O envelhecimento, mais do que uma fase da vida humana, é um processo que apresenta implicações tanto para a pessoa idosa como para seu cuidador e a sociedade. A presente realidade dos idosos institucionalizados demanda um estudo aprofundado a respeito das práticas e saberes que ofertarão suporte àqueles que trabalham com sujeitos que se aproximam do curso final da vida. Entre os idosos a demência compõe o grupo das mais importantes doenças que conduzem ao declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência, necessitando de cuidados específicos. O cuidador, como figura indispensável nessa função, requer investimentos na formação técnica e humana para conhecer e melhor aplicar os recursos de cuidados disponíveis. O presente estudo, de caráter descritivo-exploratório e abordagem qualitativa, teve como objetivo compreender as condições objetivas e subjetivas do cuidador de Instituição de Longa Permanência de Idosos com vistas a destacar as necessidades apontadas no cotidiano deste ofício. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados a técnica de entrevista semiestruturada e o grupo focal. Obtivemos como participantes da amostra um total de 7 cuidadores, de ambos os sexos, com e sem formação técnica na área, responsáveis pelos cuidados dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos “Vila Vicentina Júlia Freire”. Os dados foram analisados pelo método da Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2007). Observou-se que os cuidadores têm pouco conhecimento técnico, entretanto, o empirismo move o fazer desses profissionais. Faz-se necessário um conhecimento aprofundado sobre as demências e sua amplitude, visando que desempenhem o cuidado demandado de maneira mais consciente. Nesse sentido, a presente pesquisa identificou a necessidade de atualização contínua dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso institucionalizado. Além do conhecimento teórico-técnico verificou-se que as competências subjetivas dos cuidadores representam um impacto importante do cuidado.

Palavras-chave: Envelhecimento; Institucionalização; Idoso; Cuidadores; Demência.

ABSTRACT

Aging, rather than a phase of human life, is a process that has implications for both the elderly and their caregiver and society. The present reality of the institutionalized elderly demands an in-depth study of the practices and knowledge that will offer support to those who work with subjects that approach the final course of life. Among the elderly, dementia comprises the group of the most important diseases that lead to progressive functional decline and gradual loss of autonomy and independence, requiring specific care. The caregiver as an indispensable figure in this function requires investments in technical and human training to know and better apply the available care resources. The present descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, aimed to identify the difficulties of caregivers regarding the care provided to institutionalized elderly people with dementia or not dementia. The data collection instrument was used as a data collection instrument and a focus group, with a sample of 7 caregivers of both sexes, with and without technical training in the area, responsible for the care of the elderly residents of the Long-Term Residence for the Elderly "Vila Vicentina Júlia Freire". The data were analyzed by the Minayo Content Thematic Analysis method (2007). It was observed that caregivers have little technical knowledge, however, empiricism moves the work of these professionals. An in-depth knowledge of the dementias and their amplitude is necessary, in order to perform the care demanded in a more conscious way. In this sense, the present research identified the need for continuous updating of the professionals involved in care for the institutionalized elderly. In addition to the theoretical-technical knowledge it was verified that the subjective competences of caregivers represent an important impact of care.

Palavras-chave: Aging; Institutionalization; Elderly; Caregivers; Dementia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS DEMÊNCIAS.....	14
2.2 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) – UM RECORTE A PARTIR DA REALIDADE DA CIDADE DE JOÃO PESSOA- PB.....	19
2.2.1 O Cuidador Profissional de Idosos – Uma Figura Central no Processo do Cuidado.....	22
3. METODOLOGIA.....	25
3.1 CAMPO DA PESQUISA E SUJEITOS.....	25
3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	28
4.2 GRUPO FOCAL.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES E ANEXOS.....	45

INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivido um profundo processo de mudança demográfica nas últimas décadas, onde a maioria da população jovem outrora registrada passa a ceder espaço para um número crescente de idosos no contingente populacional, ou seja, o envelhecimento da população é um fato recente, universal e inexorável. Suas causas são multifatoriais e diferentes em países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, porém suas consequências são igualmente importantes, tanto do ponto de vista social quanto médico, demandando discussões e reformulações importantes no âmbito das políticas públicas (BRUCKI et al., 2015). O envelhecimento, mais do que uma fase da vida humana, é um processo complexo que conduz implicações tanto para a pessoa idosa como para seu cuidador e para a sociedade (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

Na área da saúde, as tecnologias cuidativo-educacionais em saúde (TCESS) são ferramentas importantes para elaborar o trabalho educativo e o exercício de cuidar. Estão à disposição dos usuários e profissionais de saúde vários modelos de tecnologia em saúde, sobretudo, as leves e as leves-duras. No presente trabalho daremos um enfoque especial às tecnologias leves compreendidas como a tecnologia das relações, dentre as quais está o acolhimento, cujo objetivo envolve a construção de uma relação de confiança entre a pessoa que cuida e a quem é cuidado, contribuindo para a otimização do serviço disponibilizado a pessoa idosa (GOES; POLARO; GONÇALVES, 2016).

Conforme a Cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), a compreensão do acolhimento no campo da saúde deve revelá-lo como diretriz ética/estética/política pertencentes às maneiras de produção de saúde e estratégia tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Em diversos casos o processo de envelhecimento pode estar acompanhado do aparecimento de quadros de demência. A demência é uma alteração caracterizada pela diminuição das funções cognitivas associada a um estado preservado da consciência, atinge cerca de 10 a 15% das pessoas acima de 65 anos nos mais variados graus. A demência pode ser resultante de uma diversidade de condições degenerativas, vasculares, neoplásicas, infecciosas, tóxicas, metabólicas e psiquiátricas, localizadas em

diferentes partes do cérebro, afetando diferentes funções cognitivas. A mais frequente no grupo das demências é a doença de Alzheimer, atingindo de 50 a 60% dessas pessoas (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

Segundo Maia (2007) a Doença de Alzheimer (DA) trata-se de uma patologia na qual ocorre um processo inflamatório que pouco a pouco resulta em uma morte progressiva dos neurônios, privando a pessoa de sua memória, da capacidade de raciocinar, de aprender e de se comunicar. Ainda para o mesmo autor, a Doença de Alzheimer traz alterações à personalidade e prejuízo ao discernimento, afetando diretamente a capacidade de cuidar de si mesma. O curso e duração da doença são variáveis. Portanto, torna-se impossível viver sem a colaboração de terceiros no processo evolutivo de degeneração, considerando que a total dependência física do paciente, a incapacidade de diálogo e de outra forma de comunicação transforma o cuidado em uma tarefa difícil, causando desgastes à família, podendo culminar na institucionalização do idoso (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

Além disso, a procura por Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) tem aumentando nos últimos anos em decorrência das mudanças atuais no perfil da família e do aumento populacional de idosos no país como foi mencionado. A presente realidade dos idosos institucionalizados demanda um estudo aprofundado das práticas e saberes que darão suporte àqueles que trabalham com sujeitos que se aproximam do curso final da vida (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016).

Palma (2007) enfatiza que a doença de Alzheimer, por exemplo, requer muita compreensão e paciência por parte do familiar cuidador e dos profissionais envolvidos em seu atendimento, exigindo características especiais e o conhecimento técnico necessário por parte dos cuidadores, que possam minimizar as dificuldades encontradas no curso da doença.

Dentre os profissionais atuantes nas ILPIs brasileiras estão os cuidadores que se classificam em: informais (família, comunidade) e formais (aqueles que receberam formação e foram contratados pela instituição, como profissionais de saúde e cuidadores de idosos institucionalizados). O cuidador, como sujeito indispensável nessa função, requer investimentos na formação técnica e humana para conhecer e melhor aplicar os recursos de cuidado disponíveis. Além disso, faz-se importante destacar que o cuidado humano demanda contato dos dois mundos subjetivos do ser cuidado e cuidador, que vai além do físico-mental ou do mental-emocional potencializando a relação “eu-você”

e gerando um processo de transformação e restauração. Desse modo, ocorre a facilitação e beneficiamento da atuação do cuidador com a pessoa idosa, que transcende as tarefas diárias, atingindo momentos de troca espiritual e humana, e de saberes relacionados ao processo de cuidar (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016).

Entretanto, conforme aponta a literatura, esses profissionais ainda são carentes de suporte e orientação profissional em saúde, pelo fato de ainda compor uma rede autônoma e não estarem inseridos no serviço de saúde público (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016). Curioso é que paradoxalmente a literatura também aponta que, embora a convivência na instituição seja marcada por episódios que envolvem baixa remuneração financeira, trabalho árduo e estresse do cuidador, a busca pelo contato humano e a compreensão do mundo subjetivo do idoso promove entusiasmo de quem se submerge nessa experiência de cuidado como profissão (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016). Por essa razão, o objetivo da presente pesquisa é compreender as condições objetivas e subjetivas do cuidador de Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) com vistas a destacar as necessidades apontadas no cotidiano deste ofício.

A criação de estratégias de cuidados que melhorem a assistência prestada e retardem a evolução da demência são cruciais para proporcionar maior qualidade de vida aos idosos acometidos pela referida enfermidade e aos seus cuidadores.

O presente estudo apresentou caráter descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, buscando identificar as dificuldades dos cuidadores no que tange aos cuidados prestados aos idosos institucionalizados. A pesquisa foi realizada na Instituição de Longa Permanência para Idosos de caráter filantrópico, denominada “Vila Vicentina Freire”, localizada no município de João Pessoa, estado da Paraíba. Esta instituição comporta 60 idosos residentes de ambos os sexos.

Após aprovação do projeto da presente pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: Entrevista semi-estruturada com cuidadores, visando coletar dados de identificação (idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho como cuidador e na instituição, formação na área do ofício etc); e o desenvolvimento de Grupo Focal com os cuidadores, visando discutir e ampliar o diálogo, facilitando a troca e a interação entre os participantes a respeito da temática em questão. O tema disparador da discussão foi o cuidado requerido pelo idoso, demenciado ou não, e as dificuldades encontradas pelo cuidador nesse processo.

O interesse pela temática de pesquisa foi construído a partir das vivências, observações e intervenções realizadas ao longo do curso de Terapia Ocupacional no contexto da velhice e dos processos de institucionalização. Tais trabalhos convocaram nosso olhar para os cuidadores de idosos com vistas a identificar as dificuldades enfrentadas pelos mesmos na prestação dos cuidados necessários aos idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência. A nosso ver, este é o primeiro passo para o desenvolvimento de um projeto de intervenção que venha a melhorar a qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto dos idosos.

1. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

OBJETIVO GERAL:

- O objetivo da presente pesquisa é compreender as condições objetivas e subjetivas do cuidador de Instituição de Longa Permanência de Idosos com vistas a destacar as necessidades apontadas no cotidiano deste ofício.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as peculiaridades do cuidado com idosos demenciados ou não em Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Conhecer o cotidiano de cuidadores de Instituição de Longa Permanência para Idosos através de entrevista e grupo focal;
- Destacar as principais dificuldades enfrentadas por esses cuidadores no que tange a especificidade do ofício.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS DEMÊNCIAS

O envelhecimento humano é um processo natural, com redução gradual da funcionalidade dos indivíduos, é uma fase peculiar de vida que não se caracteriza como patológica, sendo denominada de senescência. Entretanto, esse estado passa a se denominar senilidade quando se torna uma condição patológica, devido a circunstâncias de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, e também situações socio sanitárias desfavoráveis, demandando cuidados complexos de vida e saúde. O trabalho em conjunto de profissionais e sociedade em geral pode evitar ou retardar possíveis limitações que advenham dessa condição, buscando estratégias que fortaleçam um viver mais saudável, com a incorporação de atitudes e comportamentos que favoreçam a melhoria da qualidade de vida no processo de envelhecimento (COSTA et al, 2016).

Projeções indicam que os países em desenvolvimento abrigarão mais que o dobro da população com 65 anos em 2020. A prevalência geral de doenças crônicas vem aumentando como consequência, pois são mais frequentes nesse grupo etário, modificando o enfoque dos programas de saúde governamentais que visam o controle de tais doenças, a melhora do estado funcional, o bem-estar e não meramente a cura ou a sobrevivência (BRUCKI et al., 2015).

A funcionalidade é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, pois trata da interação das capacidades física, psicológica e cognitiva para a realização de atividades do cotidiano e as condições de saúde, interação essa mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo da vida. O conjunto de habilidades que formam o conceito de capacidade funcional permite aos indivíduos manterem-se autônomos, ou seja, capazes de tomar as próprias decisões, e serem independentes, ou seja, hábeis para executar as tarefas que escolheram para si em cada momento da vida, das mais refinadas, como a escolha de uma profissão, às mais corriqueiras, como a decisão do que e quando comer. Essas duas dimensões compõem o paradigma de saúde e qualidade de vida no envelhecimento.

A funcionalidade na velhice é influenciada por diversos fatores, como gênero, idade, condições socioeconômicas, história e estilo de vida, ambiente e traços de

personalidade. O envelhecimento se caracteriza por mudanças biológicas, psicológicas, sociais e cognitivas que aumentam a predisposição e vulnerabilidade a situações de incapacidade funcional de maneira diversa, de acordo com todas as variáveis já mencionadas, tornando o envelhecimento uma experiência individual e heterogênea, em que a idade cronológica é apenas um dos personagens envolvidos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecer como:

[...] um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente (BRASIL, 2006).

Uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e de condições de vida que abarcam questões como moradia, suporte social, condições financeiras, além de aspectos físicos como mobilidade, cognição e estado nutricional que comprometem ou preservam em graus distintos a capacidade funcional do sujeito que envelhece.

A maioria dos indivíduos, ao envelhecer, frequentemente se queixa de esquecimentos cotidianos, sendo muito recorrente esse transtorno da memória relacionado à idade. A memória é a capacidade para reter uma experiência e usá-la posteriormente, condição essencial para desenvolver uma vida independente e produtiva. Alterações na memória se tornam sérias quando afetam as atividades do dia-a-dia, ou seja, quando a pessoa apresenta problemas para recordar a execução de coisas cotidianas (BRASIL, 2006).

Entre os idosos, a demência compõe o grupo das mais importantes doenças que conduzem ao declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam gradativamente no decorrer do processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

O termo demência foi introduzido por Pinel (Saussure, 1970). A demência é uma síndrome de declínio das funções cognitivas globais associada a intacto estado de consciência. Essa definição implica quatro compreensões essenciais: na primeira, a demência não é uma doença, nem um sintoma, e sim, uma síndrome. Na segunda, ela é global, e não focal, constituída não só por uma, mas por várias síndromes

neuropsicológicas localizadas. Na terceira, o termo cognição é melhor empregado do que inteligência. Na quarta a consciência permanece intacta (Frederiks, 1985). Esse último critério é importante na definição, porque ele, efetivamente, distingue a síndrome demencial de outras condições que se apresentam com perda de memória e desorientação como, por exemplo, o estado confusional agudo e o psicótico (Butler et al., 1994).

Segundo Marques (1997) as demências se dividem em seis fases conforme detalhado abaixo:

- **Pré-demência**, que compreende as fases 3 e 4 da escala de Reisberg et al (1982). O paciente pode ter dificuldades de aprendizado, apresentar queixa com a memória episódica dos fatos mais recentes, raciocínio abstrato e/ou procura de palavras e pobreza na fluência verbal;
- **Demência leve**, cuja duração é de 2 a 4 anos e é conhecida como a fase de procura diagnóstica. Nela, ocorre perda de memória recente que afeta o desempenho das atividades da vida diária do paciente;
- **Demência moderada**, com duração de 2 a 10 anos depois do diagnóstico. Nela, há crescente perda de memória e confusão e tempo de atenção mais reduzido;
- **Demência tardia**, com duração de 1 a 3 anos, onde o paciente é calmo, não se reconhece no espelho ou a própria família;
- **Demência final**, com duração de 1 ano, caracterizada pela abulia cognitiva, onde o cérebro se “desconecta” do corpo. Nessa etapa, o paciente necessita de cuidados permanentes devido às suas condições de vida;
- **Demência terminal**, caracterizada pelo aparecimento de complicações clínicas e pode se superpor à fase anterior. Geralmente, dura o tempo em que se consegue ultrapassar as intercorrências infecciosas que dependem do tratamento suportivo e dos cuidados com o paciente. O óbito, na maioria dos casos, ocorre por complicações respiratórias.

Segundo Welsh et al. (1995), a raça negra é um fator de risco para uma evolução mais rápida da demência.

A doença de Alzheimer ou “Mal de Alzheimer” é uma patologia na qual ocorre um processo inflamatório que pouco a pouco resulta em uma morte progressiva dos neurônios. Essa destruição inicia-se de forma mais intensa em uma porção do lobo temporal do cérebro, chamada hipocampo, que desempenha um papel importante nos

processos que envolvem a memória, sendo este o motivo do “esquecimento” tão característico da doença. Lentamente o processo destrutivo se alastra para outras partes do córtex cerebral e o paciente acumula cada vez mais limitações cognitivas, sintomas psiquiátricos e, nos estágios mais avançados, chegam a apresentar distúrbios motores. O que desencadeia a inflamação ainda é motivo de intensas pesquisas, mas parece estar relacionado a fatores ambientais ou a eventos estressores para o sistema nervoso, como, por exemplo, um traumatismo craniano (PORTUGAL, 2007).

É uma síndrome que se caracteriza por sintomas de perda de memória, distúrbio viso-construtivo e viso-espacial, alterações tanto de comportamento quanto de personalidade. Também pode haver anormalidades no traçado eletroencefalográfico. Patologicamente existe a presença quantitativa de Placas Senis (PS) e Degeneração Neurofibrilar (DNF) (MARQUES, 1997).

Cerca de 5 a 7% dos casos de Demência Tipo Alzheimer (DTA) também revelam sintomas do lobo frontal. Essa forma atípica apresenta curso clínico mais rápido, alterações de personalidades precoces tipo labilidade emocional, perda do *insight*, euforia, além da sintomatologia têmporo-parietal (MARQUES, 1997).

Até os trabalhos apresentados por Tomlinson et al. (1970, *apud* MARQUES, 1997), a Doença de Alzheimer era conhecida apenas como uma demência pré-senil, que afetava 3 a 4 indivíduos por 10.000 habitantes, e cerca de 85% do restante dos casos eram admitidos em hospitais para tratamento de doença mental (MARQUES, 1997).

A funcionalidade das pessoas idosas pode ser afetada pelas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e estudos indicam o aumento da dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) em cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006).

Certamente, o impacto da demência se inicia no momento do seu diagnóstico. De acordo com Brucki (2015), os custos indiretos recaem, sobretudo, nas famílias, em razão das perdas que essas doenças progressivas trazem não só para os pacientes, mas também para seus cuidadores. Entende-se aqui como perdas indiretas aquelas relacionadas às horas despendidas pelos cuidadores nos manejos diários, às dependências do paciente impostas pela doença, aos impactos da perda de emprego e gasto financeiro com necessidades não cobertas pelo sistema de saúde, da perda do cônjuge, de status, de oportunidades de lazer, de projetos de vida em curso e muitas outras coisas que acabam por interferir negativamente na saúde psicológica de

cuidadores, à medida que eles sentem que tudo isso ocorre em função da progressiva dependência cognitiva, funcional e comportamental apresentada pela pessoa doente.

Essas perdas constituem sobrecargas que, muitas vezes, estão além daquilo que o familiar pode suportar. Há estudos que tentam explicar a maior ou menor capacidade de resiliência de cuidadores de pessoas com demência (BRUCKI, 2015). Por essa razão, ao considerar o cuidado do idoso demenciado, não se pode descuidar do núcleo familiar. É importante que se exercite a empatia, onde o respeito, o amor e o entendimento das ações vão facilitar a compreensão dos limites de cada um, porque nem todos os membros de uma família vão responder de forma equalitária às necessidades de um cuidado ao idoso com demência. As diversidades de um relacionamento interpessoal poderão dificultar tal ação e quem fica prejudicado é o idoso demenciado.

Portanto, torna-se impossível viver sem a colaboração de terceiros nesse processo evolutivo de degeneração, considerando que a total dependência física do paciente, a incapacidade de diálogo e de outra forma de comunicação transforma o cuidar em uma tarefa difícil, causando desgaste na família, o que culmina muitas vezes na institucionalização do idoso (CONVERSO; IARTELLI, 2007). Segundo Portugal (2007), nesse contexto aparecem alguns sentimentos, como: revolta, raiva, tristeza, solidão, rejeição, impotência, luto, separação, depressão, isolamento, baixa auto-estima, sendo que ficam mais evidenciados no familiar-cuidador, mas podem ser minimizados e compreendidos através da participação em grupos de apoio a familiares, bem como através de acompanhamento psicológico. Muitas vezes o familiar-cuidador quer cuidar sozinho ou então mantém um comportamento de isolamento.

É importante que o familiar-cuidador também seja cuidado pelos familiares, sendo dispensado a ele carinho, afeto, momentos de lazer e, se possível, férias. O familiar-cuidador deve recorrer a um profissional cuidador, pois sozinho será quase impossível dispensar a atenção que o idoso demenciado necessita, principalmente por ser uma doença longa, ainda sem cura, progressiva e degenerativa.

As alternativas de cuidados não familiares disponíveis atualmente parecem não atender à realidade brasileira. Pode-se dispor de duas opções: manter o paciente em casa, sob os cuidados de um familiar ou de um cuidador informal. É possível também contratar um profissional capacitado, auxiliar ou técnico de enfermagem, que possa prestar os cuidados integrais ao paciente (higiene, alimentação, medicação, auxílio em suas necessidades e, principalmente, estímulo às atividades para as quais a pessoa ainda

é capaz). A segunda opção é a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde se contará com profissionais técnico-especializado para esse tipo de serviço.

A busca pelas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) tem crescido nos últimos anos decorrente das mudanças atuais no perfil familiar e do aumento da parcela populacional de idosos no país. A presente realidade dos idosos institucionalizados demanda um estudo pormenorizado sobre as práticas e saberes que se relacionem com o conhecimento sobre o envelhecimento humano (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016), conforme veremos a seguir.

2.2 – INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) – UM RECORTE A PARTIR DA REALIDADE DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Mudanças acontecem na vida da pessoa idosa, o que contribui para a sua institucionalização, dentre elas: a diminuição do convívio social; filhos que se casam, afastando-se de casa, o falecimento do cônjuge, de outros entes queridos e amigos. Vários acontecimentos contribuem para a diminuição da rede de apoio do idoso, deixando-os isolados e vulneráveis, com a conseqüente institucionalização (RODRIGUES; SILVA, 2013). Para Bruck et al. (2015), são fatores que levam os idosos a serem institucionalizados: quando o familiar precisa trabalhar e não dispõe de tempo para dedicar ao cuidado do idoso; dispõe de pouco recurso financeiro; dispõe de inabilidade diante da pessoa idosa com alteração de comportamento; ou mesmo situação de desprezo e abandono e sem moradia.

A Anvisa (2005, s/p) define as ILPIs como: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”.

De acordo com a Cartilha de Orientações Básicas para Pessoas Idosas desenvolvida pelo Conselho Municipal dos Direitos do Idoso de João Pessoa (JOÃO PESSOA, 2013), as ILPIs devem apresentar determinados requisitos para receber os idosos, tais como:

- Oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

- Firmar contrato de serviços com a pessoa idosa abrigada. Se ela for incapaz, o contrato será celebrado com seu representante legal;
- O idoso contribuirá com o custeio da entidade de longa permanência com o máximo de 70% de qualquer benefício ou assistência social;
- No caso de idosos com idade entre 60 e 64 anos e 11 meses e que não possuam renda, a instituição deve recebê-lo normalmente.

Nesses espaços (ILPIs) são fundamentais a assistência multiprofissional, composta de médico geriatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeiro, a atenção dos cuidadores de idosos especializados.

Camarano e Kansa (2010) expõe os aspectos históricos das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) brasileiras, seus papéis, o estigma que ainda existe na sociedade brasileira e sobre a legislação que estabelece que o “cuidado dos membros dependentes deve ser responsabilidade das famílias”. Os autores observam que, apesar disso, esse cuidado, hoje, é escasso e essa situação tende a piorar em função de diversas mudanças sociais e econômicas nas últimas décadas, como a mudança no perfil da família.

No estudo desenvolvido pelos autores acima é comum associar ILPI a instituições de saúde, contudo essas últimas não são estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, embora os residentes que nelas se encontram recebam serviços médicos e medicamentos. O estudo constatou também que os serviços mais frequentes são aqueles prestados por médicos e fisioterapeutas e foram vistos, respectivamente, em 66,1% e 56% das ILPIs participantes do estudo. Menos de 50% das instituições avaliadas ofereciam algum grau de atividade geradora de renda ou lazer, ainda que um dos seus deveres seja auxiliar os residentes a exercerem um papel social.

Possivelmente, essas competências estimularam a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia a tentar sistematizar as atribuições das ILPIs de maneira mais pragmática. De qualquer forma, para isso é essencial conhecer o quantitativo das ILPIs em território nacional (além das não cadastradas) e sua natureza. O estudo de Camarano e Kansa (2010) verificou 3549 instituições, das quais 65% são de natureza filantrópica. Somente 6,6% são públicas, havendo predomínio das instituições municipais, o que significou 218 instituições, representando um número inferior do que o de instituições religiosas vicentinas, que totalizou 700.

De acordo com Brucki (2015) entende-se a ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes, em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldade para desempenhar as atividades diárias e que necessitam de cuidados prolongados.

Segundo a Cartilha de Orientações Básicas para Pessoas Idosas (JOÃO PESSOA, 2013), existem 6 Instituições de Longa Permanência para Idosos na capital paraibana:

- Associação Promocional do Acião (ASPAN);
- Lar da Providência Carneiro da Cunha (ANBEAS);
- Ministério de Atendimento Assistencial Nordeste de Acompanhamento e Instituto – MAANAIN;
- Casa da Divina Misericórdia;
- Instituição Espírita Nosso Lar;
- Vila Vicentina Júlia Freire.

A ILPI escolhida para a realização do presente estudo foi a instituição filantrópica Vila Vicentina Júlia Freire, localizada no bairro Torre do município de João Pessoa-PB.

2.2.1 – O Cuidador Profissional de Idosos – Uma Figura Central no Processo de Cuidado

“O cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange, mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Leonardo Boff).

Segundo a Anvisa (2005), cuidador de idosos é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária. Os cuidadores podem ser caracterizados em formais ou informais. Sobre os cuidadores informais, temos que:

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A

ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que ‘cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde e alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida’. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008, p. 08).

Com relação ao cuidador formal compreende-se que se trata da pessoa contratada pelo paciente e/ou familiares ou ainda, por ILPIs, portanto, sendo remunerado para exercer atividades de cuidado. Pode ser um auxiliar de enfermagem, acompanhante ou empregada doméstica (ALTAFIM; TOYODA; GARROS, 2015). Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar (2012), o cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário; o cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades específicas.

É necessário instruir os cuidadores formais com competências que lhes permitam adequar os cuidados às necessidades dos idosos e, simultaneamente, diminuir a sobrecarga subjacente ao ato de cuidar. Neste sentido, alguns autores sublinham que programas que integram a informação e o suporte emocional são os mais eficazes na melhoria das competências dos cuidadores formais e da qualidade dos cuidados prestados (DAVISON et al., 2007).

No núcleo familiar muitas vezes ocorre a inversão de papéis, onde um filho cuida do familiar, o que gera muita dor. É uma inversão do censo natural da vida, mas também traz um crescimento pessoal. Ao iniciar os cuidados para com um idoso é fundamental que os cuidadores conheçam a história de vida do mesmo para, assim, melhor ajudá-lo.

O cuidado humano requer contato dos dois mundos subjetivos: o de quem recebe cuidados e o do cuidador, que vai além do físico-mental ou do mental-emocional, potencializando a relação “eu e o outro”, processo que envolve múltiplas transformações e restaurações. Desse modo, ocorre a facilitação e beneficiamento da atuação do cuidador com a pessoa idosa, que transcende as tarefas diárias, atingindo momentos de troca espiritual e humana, e de saberes relacionados ao processo de cuidar (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016).

Um cuidador que maneje adequadamente seus sentimentos, que conheça as manifestações da doença, poderá ajudar melhor o idoso demenciado, proporcionando uma tranquilidade que beneficiará o tratamento medicamentoso. Enfim, cuidar do idoso abre um leque de sentimentos e comportamentos, mas com o exercício da fé pode-se fazer uma ponte entre o agir e o sentir (PORTUGAL, 2007).

No momento de cuidarmos de um idoso demenciado podemos fazer uma analogia com o nascimento de uma criança e seu desenvolvimento infantil. Se de um lado o desenvolvimento infantil nos abre uma linha de perspectivas e realizações infantis, no processo de envelhecimento a realidade e suas possibilidades nos levam ao limite do humano e nos colocam frente a finitude da vida.

O idoso demenciado precisa de muita compreensão e paciência por parte do familiar cuidador e dos profissionais envolvidos em seu atendimento, reduzindo, com isso, as dificuldades encontradas no curso de sua doença.

Conforme preceitua o Curso Técnico Subsequente em Cuidados de Idosos ofertado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), o perfil do cuidador se compõe nas seguintes atribuições (IFPB, 2017):

- Cuidar de idosos independentes ou dependentes, acamados ou não, nos aspectos físico, mental, cultural e social;
- Acompanhar o idoso em atividades de rotina;
- Auxiliar nos cuidados de higiene;
- Estimular atividades ocupacionais e de lazer;
- Zelar pela autonomia do idoso e melhoria da qualidade de vida;
- Cuidar de idosos, com ou sem limitações, nas atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD);
- Identificar as necessidades e expectativas do idoso, incentivar a autonomia e independência;
- Estimular a capacidade funcional;
- Promover o envelhecimento ativo bem-sucedido;
- Auxiliar o idoso em suas atividades;
- Estimular o autocuidado;
- Atender às necessidades de higiene pessoal, do ambiente e preservação da saúde e da qualidade de vida;
- Providenciar adequações ambientais que facilitem a mobilidade do idoso;

- Desenvolver atividades físicas que considerem os limites da capacidade funcional do idoso;
- Evitar situações de riscos e garantir a segurança do idoso;
- Supervisionar e administrar medicação conforme prescrição médica;
- Organizar cardápios de acordo com prescrição médica/nutricionista;
- Acompanhar e orientar idosos e familiares aos serviços previdenciários, assistência social, de saúde e farmacêutica.

Diante da multiplicidade de atribuições necessárias e esperadas de um cuidador de idosos especializados, consideramos fundamental que pesquisas sejam realizadas a fim de avaliar as condições reais dos cuidadores que trabalham em instituições, com vistas a implementar ações que contribuam com o cotidiano de seus trabalhos, favorecendo a relação cuidador-idoso.

3 – METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que busca identificar as dificuldades encontradas pelos cuidadores no cotidiano deste ofício. Segundo Oliveira (2005) a pesquisa descritiva busca envolver aspectos gerais e amplos de um contexto social, tornando possível o desenvolvimento de um nível analítico que permita identificar as diversas formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. Pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, buscando torná-lo mais explícito ou construir hipóteses, podendo-se considerar como seu principal objetivo o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições (GIL, 1991).

A pesquisa qualitativa busca trabalhar aspectos da realidade distantes de representatividade numérica, aprofundando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2010), a pesquisa qualitativa se insere no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que satisfaz um ambiente mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos irredutíveis à operacionalização de variáveis.

3.1 – CAMPO DA PESQUISA E SUJEITOS

A pesquisa foi realizada na Instituição de Longa Permanência para Idosos de caráter filantrópico, denominada “Vila Vicentina Júlia Freire”, localizada no bairro Torre do município de João Pessoa, estado da Paraíba. Esta instituição comporta 65 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou maior que 60 anos, que são beneficiados com moradia, alimentação, acesso a tratamentos médicos, odontológicos, de fisioterapia, psicologia e o cuidado contínuo prestado por 11 cuidadores.

A amostra foi composta por 7 cuidadores adultos, de ambos os sexos, com e sem formação técnica na área, responsáveis pelos cuidados dos idosos residentes da referida instituição. O número da amostra foi determinado a partir da disponibilidade dos participantes. Em pesquisas qualitativas o tamanho da amostra não é o critério mais relevante, e sim a profundidade das respostas a fim de que permita uma compreensão mais fidedigna sobre o fenômeno estudado e responda aos objetivos propostos.

3.2 – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados para a presente pesquisa foram coletados no período de Agosto a Setembro de 2016, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) número CAAE: 56761116.3.0000.5188.

Quanto à coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Entrevista semiestruturada com cuidadores, visando coletar dados de identificação: idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho como cuidadores, tempo de trabalho na instituição, formação para trabalhar com idosos, etc.;
2. Desenvolvimento de Grupo focal com os cuidadores que visou discutir e ampliar o diálogo, facilitando a troca e a interação entre os participantes para exporem suas concepções a respeito da temática determinada (Ressel et al, 2010).

A entrevista semiestruturada baseia-se em um guia de entrevista adaptável e não rígida ou pré-determinada, tendo como vantagem a flexibilidade e a possibilidade de rápida adaptação, tanto ao indivíduo quanto às circunstâncias. Combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Desse modo, a entrevista semi estruturada busca apoiar-se em teorias e hipóteses que se relacionem ao tema, descrever e explicar os fenômenos analisados para sua melhor compreensão, tendo o pesquisador como atuante no processo de coleta de informações (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Além da entrevista individual, uma técnica cada vez mais usada no trabalho de campo qualitativo é o desenvolvimento de grupo focal. Consiste em reunião com um pequeno número de interlocutores, em que um tema é focalizado por um animador, promovendo a participação de todos, inibindo os monopolizadores da palavra e aprofundando a discussão. Há também a presença de um relator, cuja função consiste em auxiliar o coordenador nos aspectos organizacionais e registrar o processo criativo e interativo. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de

um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

3.3 – ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das entrevistas e Grupo Focal foram analisados com base na Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2007).

Na pesquisa qualitativa, a Análise de Conteúdo (AC), enquanto método de organização e análise dos dados, foca na qualificação das vivências do sujeito e de suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos, sendo também utilizada no aprofundamento de estudos quantitativos. É complexa enquanto método analítico, mas baseia-se na simplicidade e facilidade da abordagem (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). A Análise de Conteúdo é ainda descrita por Bardin (1970, p.42, *apud* MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010, p.83) como um:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas conseqüentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo utilizados com base na perspectiva qualitativa, destacam-se: categorização, inferência, descrição e interpretação, os quais ocorrem de forma seqüencial, conforme exemplificam Minayo, Deslandes e Gomes (2010):

a) decompor o material a ser analisado em partes (o que é parte vai depender da unidade de registro e da unidade de contexto que escolhemos); b) distribuir as partes em categorias; c) fazer uma descrição do resultado da categorização (expondo os achados encontrados na análise); d) fazer inferências dos resultados (lançando-se mão de premissas aceitas pelos pesquisadores); e) interpretar os resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada.

Vale ressaltar que nem toda análise de conteúdo deve seguir obrigatoriamente essa trajetória. A sequência utilizada pelo pesquisador está em função dos propósitos da pesquisa, do objeto de estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica adotada (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Operacionalmente, a Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise compreende o contato direto e intenso com o material do campo, podendo surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, emergentes e as teorias relacionadas ao tema. A exploração do material constitui-se da busca por categorias, reduzindo texto às palavras e expressões significativas. Posteriormente, o pesquisador pode escolher as regras de contagem através de codificações e índices quantitativos, e realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias. Por fim, o pesquisador pode propor inferências e realizar interpretações, inter-relacionando-as com o panorama teórico inicialmente esboçado (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Por meio de entrevista individual semidirigida foi possível realizar a caracterização dos participantes, considerando os seguintes aspectos: perfil sociodemográfico, escolaridade, atuação profissional, tempo de atuação na função de cuidador de idosos, jornada de trabalho diária, nível de capacitação, atributos necessários aos cuidadores, aspectos que agradam no processo de cuidado, desafios encontrados, reflexão sobre a própria velhice, nível de informação sobre as demências e a rotina de cuidados do idoso institucionalizado. Todos esses aspectos serão apresentados a seguir conforme destacado².

O **perfil sociodemográfico** dos cuidadores participantes da pesquisa (n=7) se caracterizou com maioria do sexo feminino (n=5), com faixa etária entre 20 e 55 anos, maioria com estado civil “solteiro” (n=4) e todos residentes na Região Metropolitana de

² Optamos pela apresentação dos resultados em formato de texto ao invés de tabelas, nesse sentido destacamos em negrito os aspectos que estão sendo apresentados para melhor visualização do leitor.

João Pessoa. Quanto ao **nível de escolaridade**, a maioria apresentou nível Médio completo (n=6), sendo destes, 3 de nível Técnico e 2 de nível Superior Incompleto; e apenas 1 apresentou nível Fundamental³.

Em relação a **atuações em empregos anteriores**, a maioria (n=6) apresentou experiência prévia em diversas funções, como secretária, vendedora, babá, educadora, inclusive na função de cuidador (n=3) em diversos ambientes, residencial, escolar e hospitalar.

Sobre o **tempo de atuação na função de cuidador**, os participantes apresentaram de 7 meses a 12 anos de trabalho, com média geral de 3,5 anos. Quanto ao tempo de atuação na ILPI, campo desta pesquisa, os participantes atribuíram de 4 meses a 4 anos à função de cuidador institucional, com média geral de 1,6 anos de atuação.

A **jornada de trabalho diária** dos cuidadores variou de 8 horas (diurnas), em sistema de 6 dias por semana, a 12 horas (noturnas), em sistema de 15 plantões diários por mês, com respectivas jornadas semanais de 48 horas e 45 horas. Os horários variaram entre o período de 7:30h às 17:30h, com intervalo das 12h às 14h, para as atuações diurnas; e de 18h às 6h, para as atuações noturnas.

No que tange à **realização de algum curso preparatório para trabalhar com idosos**, 3 afirmaram possuir curso de cuidador de idosos, enquanto os demais apresentaram o curso técnico de enfermagem e/ou experiência prática como base de preparo para a referida função, ou ainda, buscaram apoio em disciplinas de graduação em saúde, como exemplificado abaixo:

Sim, teve a duração de 1 mês.

Não, só tenho o técnico. No cuidado é só a experiência mesmo que eu tenho, experiência mesmo no cuidado eu tenho mais de 9 anos e não tem coisa mais assim... é a prática né? No dia a dia é que você... não tenho curso não, mas me garanto no que eu faço. Até hoje nunca falei nada, né, as idosas gostam muito de mim.

Com idosos? A área de enfermagem ela, ela têm cadeiras que a gente paga. E também tem de primeiros socorros.

³ A nosso ver, o grau de instrução é importante na função do cuidador, pois se insere como parte dos fatores que podem influenciar o preparo do profissional diante do cuidado ao idoso institucionalizado, por essa razão fizemos questão de apresentá-lo na caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.

Entre os **atributos/qualidades que os participantes admitiram possuir** para trabalhar como cuidador de idosos, estão: paciência, amor, alegria, dinamicidade, atenção, dedicação, profissionalismo, conforme relatado nos seguintes comentários:

Eu não sei, é uma coisa bem difícil. Mas eu acho que eu sou prestativa, atenciosa e paciente. Tem que ser muito paciente, é cada beliscão que a pessoa leva, cada grito. Se não tiver paciência, não trabalha aqui não.

Essa pergunta é difícil né? Eu me dar qualidades? Eu acho que eu sou divertida, tem que ser divertida, tirar brincadeira aqui, porque se não for assim, a gente fica doida, né? Eu tenho muita paciência também, porque é cada situação que a gente passa aqui. E principalmente amor, eu tenho muito amor por isso aqui. Eu só estou aqui porque eu amo o que faço, eu poderia estar em outro lugar, ou só estudando, porque é complicado passar o dia inteiro aqui e de noite ainda ir pra faculdade, é pesado. Mas eu estou aqui por amor, eu amo esses idosos.

Sobre os **aspectos que mais os agradavam no processo do trabalho de cuidado**, os participantes destacaram: interação/conversa com os idosos, realização dos procedimentos de cuidado, a diversidade de personalidade dos idosos, acontecimentos peculiares, conforme explicitado:

As personalidades. Eu já vi de um tudo aqui na Vila. Coisas que me impressionam tanto por serem engraçadas, ou por serem bem estranhas. Tem idoso que é agressivo, que quer bater na gente mesmo quando estamos ajudando, mas também tem idoso que nem liga se fazemos algo, às vezes nem nota. Várias vezes vi idosos tomando água do vaso sanitário, foi uma situação engraçada e ao mesmo tempo estranha, pior que não aconteceu uma só vez, já joguei tanto copo fora. As personalidades diferentes da minha são um atrativo aqui.

Eu gosto de tudo, porque assim né, dois anos já trabalhando aqui, eu gosto de tudo, de dar banho, de trocar as fraldas, de tudo. Eu gosto de tudo, não tem nada que eu não goste não, eu gosto de tudo.

Eu gosto de conversar com eles, eu amo conversar.

No que tange aos **desafios enfrentados** destacaram: desunião e intrigas entre as equipes de trabalho, desorganização local, ingratidão por parte do idoso cuidado, surtos e agressividade dos idosos. Essas situações geralmente estão relacionadas à condição de demência dos idosos, exigindo um conhecimento mais específico por parte do cuidador para melhor abordar cada uma das situações.

Assim, o que eu não gosto é quando tem algum idoso em surto, como quando pegaram um pedaço de pau e vinha correndo atrás de mim, aí eu não gosto muito não, e eu saía correndo gritando: Socorro,

socorro! (Risos) Mas no fim é divertido. Graças a Deus ultimamente não teve mais surtos, porque quando surtam eles ficam bem agressivos. Tinha um idoso aqui que ele surtava muito, era agressivo, inclusive ele faleceu porque ele se suicidou, ele era muito agressivo, infelizmente ele teve um surto, né, e fez isso com ele mesmo, aí infelizmente ele foi socorrido, mas os ferimentos eram muito profundos, ele perdeu muito sangue e faleceu, infelizmente. O caso mais triste aqui foi esse, dele. Só isso que eu não gosto mesmo, porque eles ficam agitados, a gente não tem como ajudar no momento, a gente fica meio que impossibilitado de fazer alguma coisa, porque o paciente em surto fica muito agressivo, é meio complicado. Mas agora nunca mais aconteceu isso, agora tá tranquilo.

A ingratidão, muitas vezes com o profissional. Você faz sua parte de profissionalismo e muitas vezes quem tá do lado não reconhece. Bota aí, não tá tendo reconhecimento por parte da pessoa que tá sendo cuidada.

Da desunião da equipe. Quando tá bem, tá muito bem, mas quando começa as brigas, é pra querer morrer. É briga por motivo besta e fica todo mundo sem se falar, é muito chato isso. E tem também a desorganização, gosto disso não, sou uma pessoa muito organizada, gosto de tudo arrumado e quando o povo daqui começa a bagunçar, atrapalha tudo. Quer deixar tudo desorganizado, isso atrapalha o trabalho da pessoa.

Importante considerar que foi possível observar o desamparo do próprio cuidador diante das situações extremas, revelando sentimentos de fragilidade e impotência. Além disso, foi possível chegar à conclusão de que o desgaste físico e mental, decorrentes do ofício de cuidar, ocasiona uma carga de estresse elevada, o que pode ser uma das causas de desentendimentos com os colegas de trabalho, comprometendo a qualidade dessas relações e refletindo no modo como o cuidado é operado. Segundo a Política Nacional de Humanização (2013), os cuidadores devem ser valorizados em seu ofício, isto é: “É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho (n.p)”. Para tanto:

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão (n.p).

Considerando uma **reflexão sobre a própria velhice**, os cuidadores relataram aceitá-la como um processo natural, esperando ter saúde e receber cuidado familiar. A

respeito de morar numa ILPI, a maioria (n=6) concordou com a possibilidade de se tornar um idoso institucionalizado, porém com algumas ressalvas, como: ter preferência por residir em domicílio com cuidado familiar, como exemplificado abaixo:

Sim, as pessoas são bem tratadas nesses lugares, né? Mas só ficaria se fosse a última opção. Ninguém vem por vontade própria, sempre alguém deixa aqui, mas eu ficaria.

Pelo cuidado sim, mas se meus filhos quiserem cuidar de mim, eu agradeço.

Sim, eu já disse quando estiver idoso vou morar aqui, porque filho não vai tomar conta nem de mãe nem de pai, a gente tira por aqui, porque não tem paciência, não tem condições.

Para ser sincera, não, não moraria. Minha preferência é morar na minha casa, né, no meu lar, mas é como eu falei né, a gente não sabe o dia de amanhã. Mas não, não moraria e nem colocaria um parente meu aqui, jamais.

Nota-se, ainda, que, apesar dos participantes da pesquisa serem cuidadores de ILPI, a maioria deles admite que não gostaria de morar em uma Instituição desta natureza, ou que aceitariam ser institucionalizados como última opção. Esperam ser amparados e bem tratados pelos filhos na velhice.

Referente ao **conhecimento sobre demências**, a maioria dos participantes (n=6) afirmou possuí-lo, a partir de estudos ou de convivência com idosos com demência, porém admitindo e/ou demonstrando pouca segurança acerca disso, como pode ser visto a seguir:

Sim, é uma pessoa feito (cita nomes de idosos), né? Eu acho que seja uma pessoa abestalhada. Não é isso, né?

Sim, é quando o idoso começa a esquecer das coisas, muda a maneira de se expressar, não sabe o que está fazendo, não lembra de comer, ir ao banheiro e muitas coisas. Conheci através de estudo, muito estudo por sinal.

Não sei. Já ouvi falar, mas não sei o que é. Já ouvi algumas pessoas chamarem outras de demente, mas é muito chato.

Isso é um recurso natural dependendo da sua alimentação, da sua experiência de vida que você teve. Isso é natural da vida. Isso pode ocorrer com qualquer pessoa, qualquer um pode pegar, ter Alzheimer ou Parkinson são vários fatores.

Eu sei. Já ouvi falar no curso que fiz. A gente vê sobre demência senil, né, também a gente estuda sobre o Alzheimer, e também minha avó tem Alzheimer, mas assim, eu não tenho tanto estudo, mas conheço o suficiente pra saber lidar com a pessoa com demência. Até porque também eu tenho uma em casa, então eu sei lidar bem.

Sobre **reconhecer/identificar a demência nos idosos**, a maioria dos cuidadores (n=6) associou observações sobre esquecimento, com afetação na comunicação e nas atividades diárias, enquanto um não soube responder, conforme exposto a seguir:

Agora você me pegou. Isso é mais com as meninas, com as técnicas de enfermagem.

Sei lá, acho que quando ele começa a esquecer das coisas, não saber mais onde está, não falar mais coisa com coisa. Esquecer de comer, de ir no banheiro, eu acho que é isso. É isso?

Eu acho que é uma pessoa que distorce a realidade, fica perguntando a mesma coisa um milhão de vezes, esquece quem é. É isso? Eu acho que seja.

Eu comecei a perceber na minha vó assim, ela tava fazendo uma coisa e eu tava percebendo e na mesma hora eu dizia, “mulher, não faça isso não, assim não” e ela dizia “mas eu não fiz” e eu “a senhora, fez” e ela “eu não fiz”, aí observando o dia a dia, a conversa sem nexos, eu perguntava uma coisa e ela respondia outra, fazia coisa e depois quando eu perguntava ela dizia que não, duvidava, dizia que não fazia, aí através de observação, deu pra perceber.

A maior parte dos participantes relatou que cada cuidador é responsável por, em média, 20 idosos (de 10 a 30 idosos). Outros cuidadores (n=2) não souberam responder. Dos idosos que se encontra sob seus cuidados, a maioria apresenta alguma demência, segundo seus cuidadores, enquanto alguns (n=4) não souberam informar, como exemplificado no seguinte relato: “*Eu acho que tudinho. Não sei ao certo, mas pra mim a maioria tem.*” bem como em: “*A maioria tem demência, sempre tem um desvio. A maioria dos idosos eles sempre tem um desvio. Desvio ou distúrbio. Alzheimer e Parkinson são três*”.

A respeito da descrição do dia de trabalho na ILPI: os cuidadores cumprem **a rotina de cuidado ao idoso institucionalizado**, seguindo padrões semelhantes entre si, de acordo com o turno, conforme explicitado a seguir:

Assim que eu chego vou direto dar o banho da manhã nos idosos, depois levo os que têm dificuldade para refeitório para o café da manhã, e depois eu volto pra dar banho em quem falta. Aí eu passo pra dar água, demora, mas eu jogo uma conversa aqui, outra lá e elas acabam tomando. Aí depois eu vou arrumar os quartos e recolher as roupas sujas. Aí é a hora do lanche, e depois de dar o lanche pra todo mundo, eu vou pro repouso. Quando termina já é hora de levar o povo pro refeitório, só quem tem dificuldade, e chamar o resto pra ir também, que já é hora do almoço. Depois vem a hora do cochilo dos idosos, é a hora que eu tenho pra arrumar as coisas que faltam, mas

antes eu vou olhar se alguém precisa trocar as fraldas, se não tiver, eu vou fazer algum serviço por aqui. Depois eu vou dar água novamente, e depois levar quem precisa ao banheiro. Chega a hora do lanche, vou distribuir os lanches, e depois que todo mundo come, vou lá guardar as coisas do lanche, né. Aí vou dar banho pra quem faltou e trocar a fralda de quem precisar, e se precisar, ainda dou outro banho. Passo novamente com a água, tem que hidratar esse povo, porque se depender deles, nem lembram de tomar, não sentem falta, né? Aí vou levar pro jantar e depois esperar que todos ou a maioria dos que eu cuido vão pro quarto, aí eu vou trocar as fraldas e depois dar água. Aí depois de ter feito isso, repasso pro cuidador da noite e vou embora pra faculdade.

Você bota aí item 1° (18hrs) Você faz uma ronda nos idosos, assim que chega faz uma verificação dos idosos, ver se eles estão nos seus leitos, e se tem um machucado. 2° item a troca de fraldas, e roupas e injeções. 3° (19hrs) É o lanche, tem o lanche deles. Aí o 4° Trocagem de fraldas de novo. E o 5° (00hrs) Manter a observação os mesmos, para afim de evitar alguns incidentes com os mesmos. O 6° De manhã banho e troca de fraldas.

4.2 – GRUPO FOCAL

Além das entrevistas individualizadas, realizamos a ferramenta do grupo focal para maior aproximação da realidade dos cuidadores de idosos. Na realização do Grupo focal, com duração de 30 minutos, participaram 3 cuidadoras. As questões se inseriram em torno do processo de cuidado ao idoso demenciado e suas percepções. Seguindo nossas impressões e utilizando-se da técnica de categorização proposta por Minayo (2007) na Análise de Conteúdo, descreveremos abaixo o conteúdo que mais nos chamou atenção de acordo com o que fora apresentado pelos participantes do grupo focal em duas categorias: a) Aspectos gerais do cuidado integral ao idoso e b) Interações e Estratégias de Cuidado.

a) Aspectos Gerais do Cuidado Integral ao Idoso

Em relação às diferenças percebidas entre o cuidado de um idoso com demência e um não demenciado, as cuidadoras demonstraram com ênfase tal percepção, através do seguinte comentário: *“Total diferença. Distorce a conversa, totalmente distorce a conversa, entra em assunto de repente já cai em outro assunto que não tem nada a ver”*.

As peculiaridades percebidas no cuidado de idosos demenciados foram encontradas em torno dos comportamentos de teimosia, esquecimento, dificuldade de localização, destacado nas seguintes expressões:

São bem teimosos, bem resistentes.

Tem que ter paciência em falar com ele, para não se agitar. Porque se se agitar....aí, minha filha....

Uns são acamados, ficam na cama... Os que são mais independentes a gente dá banho, aí vão passear, depois voltam...aí fica assim....tem que ficar olhando, né?

Têm uns que não acertam voltar para a cama. Dorme em qualquer cama, o primeiro quarto que encontrar aberto, deita. Aí tem que pegar e levar para a cama.

Em relação à capacidade de distinguir o idoso demenciado do não demenciado, as cuidadoras afirmam saber identificá-los nos seguintes termos: “*Conseguimos sim. Tem uns (cita o nome de dois idosos) fica aí quietinho... vira aí assistindo... na hora do almoço vai almoçar, aí vem e fica aí assistindo televisão...*”. “*Cada idoso tem o mundo dele...*”

A partir dos dados acima apresentados foi possível constatar as dificuldades e desafios enfrentados pelos cuidadores de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. A nosso ver segundo o discurso dos entrevistados as maiores dificuldades estão atreladas aos idosos que sofrem de algum tipo de demência, cujo comportamento apresenta-se de maneira radicalmente transformada. Em determinados estágios das demências os sujeitos podem apresentar graus elevados de agressividade e irritabilidade, decorrentes da incapacidade para lidar com as emoções, demandando dos profissionais estratégias de cuidado que exijam dedicação, paciência, compreensão e disposição emocional. Desse modo, o cuidado com idosos demenciados foi apresentado pelos participantes da pesquisa como um grande desafio diante das especificidades do processo de adoecimento.

b) Interações e Estratégias de Cuidado

Da interação observada entre os idosos portadores de demências foram relatadas situações de estresse e violência, nos seguintes termos: “*Metem o cacete pra cima. Um quer pegar as coisas do outro, aí eles brigam por isso também. Tem que estar junto para segurar*”.

Quanto às atitudes tomadas pelos cuidadores nas ocasiões de estresse ou quando se deparam diante de um comportamento peculiar, elas indicam necessitar de um esforço maior para o desdobramento de soluções, porém demonstraram compreensão sobre a condição do idoso, conforme apontado abaixo:

Tem que entrar no meio da loucura deles também. Dizer um: bora ali, vamos tomar café, vamos lanchar, vamos no banheiro, vamos trocar a fralda, vamos tirar essa roupa que está molhada, a sua cama não é essa. Tem que entrar no jogo deles também.

Tem horas que eles se alteram, querem bater na gente, só porque a gente esta tirando ele do local que não é dele... aí se alteram. A gente compreende, porque está visível que ele não está em si, é um distúrbio que ele está tendo, que ele tem.

Quanto às considerações das situações mais difíceis encontradas pelos cuidadores, foram destacadas as ocorrências de agressividade e de esquecimento.

A gente já está acostumado. Mas tem horas que uns surtam, porque tem uns que são “psiquiátricos”, aí tem horas que é só SAMU mesmo para render...

Tem uns que ficam só perambulando, procurando a carteira, a mulher dele, o pente... fica pedindo pra ir para casa dele...”Eu quero ir pra minha casa... Vamos simhora pra minha casa, já está de noite. Você não mora comigo” – eu digo: “Moro, mas a gente vai ficar aqui hoje, porque o ônibus já passou”, aí ela diz “tá bom, amanhã a gente vai”, aí quando chega o outro dia ela esquece o que falou, né?

Das estratégias utilizadas para lidar com os idosos demenciados, as cuidadoras relataram utilizar meios flexíveis, personalizando a decisão de acordo com a situação, principalmente com diálogo.

Conversar, né? Conversar com jeitinho a gente consegue. Conversa com aquele jeitinho, com carinho, devagarinho, acaba cedendo... é só saber conversar, né?

Às vezes diz: “eu não quero, eu não vou”... às vezes você deixa, aí vem conversar de novo com jeitinho, quando pensa que não, aí consegue.

Para ser um cuidador tem que gostar do que faz, porque cada idoso tem uma reação diferente.

Tem que ter muita energia para ser cuidador.

Sobre as necessidades sentidas pelas cuidadoras em relação a orientações, conhecimento e estratégias voltados ao cuidado do idoso demenciado, indicaram ter participado de curso de capacitação no próprio ambiente de trabalho, mas admitem que o conhecimento são obtidos na experiência da prática e demonstram certa comodidade em relação a isso, declarando pouco conhecimento técnico, o empirismo move o fazer desses profissionais:

No curso de cuidadores que nós fizemos (duas delas) ela explica bastante assim quando está... quando está assim, com demência... como a gente vai ajudar assim... ajudar assim a chamar a técnica...

O curso foi daqui mesmo, quando a gente já estava trabalhando... foi um mês...

Só o básico... foi só para ter o certificado porque a gente já tinha experiência com idoso.

Demência mesmo eu só conheci aqui... Até a gente já está ficando com demência (risos).

A gente está aprendendo a lidar.

Eu não sei qual dificuldade, a gente já está acostumada...

Um dos pontos mais relevantes a ser destacado, na presente análise, foi o pouco conhecimento teórico-técnico por parte dos cuidadores a respeito da temática “demências”, o que nos leva a afirmar que o empirismo move o fazer desses profissionais. Conforme preconiza o Ministério da Saúde em suas orientações às equipes básica de saúde faz-se necessário o investimento em educação permanente para tais profissionais, conforme descrito a seguir:

A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. [...]. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012, pp. 38-9).

Além disso, verifica-se a dimensão interpessoal do cuidado, o que significa dizer que cuidar de alguém é um processo onde ambos, cuidador e cuidado, estão envolvidos mutuamente. É pela vida da compreensão e da confiança que se torna possível o alcance

de uma melhor qualidade de vida para o idoso e de trabalho para o cuidador. Nesse sentido, partindo do pressuposto de que “ninguém ensina a ouvir e a conversar”, a dimensão interpessoal do cuidado dependerá da própria condição subjetiva do cuidador e da sua disponibilidade afetiva para a implicação neste ofício. Entretanto a política de humanização destaca o uso das tecnologias leves para todas as pessoas que estão no serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Foi possível identificar, ainda, que como um processo contínuo, os cuidadores vão se identificando com a condição do idoso, aprendendo gradativamente a lidar com as situações. Apesar dos desafios, demonstram sentirem-se capazes de cuidar de pessoas demenciadas, a partir das experiências adquiridas ao longo do tempo e da interação com outros cuidadores, os colegas de profissão. Entretanto, como fora enfatizado isso não negligencia a necessidade de aprofundamento sobre as demências e seus alcances a fim de desempenharem de maneira mais consciente o cuidado necessário ao público em questão.

Outro aspecto que fora evidenciado, através do contato com os participantes da pesquisa, é que o cuidador, ao ofertar suas práticas de cuidado, espera por parte do idoso reconhecimento e gratidão. Em contrapartida, o idoso, por sua vez, em virtude do próprio adoecimento, não responde a essa “demanda de gratidão e amor” vinda por parte do cuidador, configurando um mal estar na relação de cuidado. Consideramos que, se o cuidador estiver mais consciente sobre a condição daquele para o qual presta seus cuidados, estará ciente de que não deverá demandar tal reconhecimento. Por se tratar de um trabalho que, além das atividades práticas, exige competências emocionais e subjetivas, pode haver uma confusão entre o ser e o fazer por parte do cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento do presente trabalho foi possível observar as dificuldades encontradas pelos cuidadores no processo de cuidado ao idoso institucionalizado. De todas as dificuldades elencadas, a escassez de conhecimento sobre as demências apresentou o maior destaque, sendo responsável por gerar outras dificuldades e, conseqüentemente, influenciar na qualidade do cuidado.

Inicialmente os cuidadores demonstraram considerar que os saberes empíricos eram suficientes para o desenvolvimento de seu trabalho. Contudo, ao longo da investigação ficou perceptível uma deficiência no embasamento teórico-técnico para tal ofício. O domínio do conhecimento concede uma ampliação no horizonte do cuidador, fazendo-o identificar que determinados comportamentos característicos da demência, como irritabilidade e agressividade não são atos conscientes e voluntários do idoso, mas fazem parte do processo de degeneração. O conhecimento torná-los-ão capazes de entender que não se trata de uma "ingratidão", por exemplo, conforme citado na categoria dos desafios enfrentados.

Nesse sentido, a presente pesquisa identificou a necessidade contínua de atualização dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso institucionalizado. O cuidador deve buscar e valorizar a educação continuada na sua área, como uma ferramenta aliada ao seu ofício, fortalecendo suas competências e capacidades. O conhecimento aprimora as estratégias nas soluções de problemas e a falta dele pode deixar o cuidado despendido a um idoso aquém do satisfatório.

O objetivo da educação, segundo Freire (1997), é provocar e criar condições para que se desenvolva uma atitude de reflexão crítica, comprometida com a ação. Para isso faz-se necessária uma educação conscientizadora e objetiva, provocando uma movimentação no sentido da liberdade de ação sobre a situação da realidade. Para que ocorra a conscientização é preciso exigir o diálogo e transcender o caráter informativo, isto é, avançar na promoção do autoconhecimento para uma mudança simultânea de atitudes e valores, também conhecido como processo educativo transformador.

Diante disso, os resultados desta pesquisa indicam a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção com os cuidadores formais, focando na promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto da atuação com idosos institucionalizados. Antes de propor qualquer intervenção, os profissionais

devem ser capazes de analisar cada estágio evolutivo para que as necessidades sejam identificadas precocemente a fim de propor uma intervenção adequada. Essa medida estabelece vínculos e cria uma relação de confiança com o cuidador, possibilitando que o paciente siga mais facilmente as orientações propostas pela equipe de saúde.

Além do conhecimento teórico-técnico, verificou-se que as competências subjetivas dos cuidadores representam um impacto importante em sua atuação profissional. Nisso inclui paciência, dedicação, vocação para este tipo de ofício, capacidade para ouvir, empatia e etc. Em outras palavras, trabalhar com idosos requer não só o conhecimento científico, mas também identificação com o que faz. Um dos pontos mais importantes da assistência é a sensibilidade do profissional. Entender que se está diante de algo complexo e amplo, que exige discernimento, competência e humanismo para analisar cada caso em sua singularidade.

Os dois aspectos elencados não podem andar sozinhos, pois ambos se entrelaçam neste mesmo processo, ou seja, o cuidador precisa conhecer as especificidades de seu trabalho para melhor atuar, mas, sobretudo, precisa ter sensibilidade para ouvir ao outro e a si mesmo a fim de desenvolver um trabalho mais autêntico, verdadeiro e não mecanizado.

Diante do cuidador não está apenas uma pessoa em idade avançada cheia de problemas, mas um universo a ser desvendado e ser compreendido, assustador para alguns, um desafio para outros. Diante desse contexto, o cuidador se comporta de formas variadas. Ele pode se limitar apenas com cuidados físicos aos idosos, utilizando apenas as práticas do ofício, cumprindo apenas a jornada de trabalho, não se envolvendo emocionalmente, protegendo-se, muitas vezes, do sofrimento alheio. Outros cuidadores entregam-se mais inteiramente ao encargo do seu ofício. Muitas vezes por gratidão, amor à profissão, senso de justiça, respeito e compaixão pelo próximo, pois ele se vê diante não só de uma pessoa idosa, com necessidades e problemas, mas de um mundo a ser interpretado. Nesse sentido, eis o maior desafio de um cuidador de idosos de longa permanência: perceber à sua frente uma pessoa, um mundo, uma história.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 283, de 26 de agosto de 2005**. Aprova o regulamento técnico que define as normas para funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos ILPIs. D.O.U. Poder Executivo, 27 de setembro de 2005. Alterada por RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007.

ALTAFIM, L. Z. M.; TOYODA, C. Y.; GARROS, D. S. C. As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.23, n.2, p.357-369, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Cartilha da Política Nacional de Humanização. 2ª Ed. Brasília: Editora MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Cadernos de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRUCKI, S. M. D. et al. **Manejo da doença de Alzheimer moderada e grave**. São Paulo: Editora e Eventos Omnifarma, 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-5, 2010.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, 2014.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

COSTA, N. P. et al. Contação de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n.69, v.6, p.1132-9, 2016.

DAVISON, T. E. et al. Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Manchester, v.22, n.1, p. 868-873, 2007.

FREDERICKS, J. A. M. The neurology of aging and dementia. **Handbook of Clinical Neurology**, Amsterdam, Elsevier, v. 2, n.46, pág.199, 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOES, T. M.; POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de Enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 47-51, 2016.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA: Portal do Estudante. Ministério da Educação. **Curso Técnico Subsequente Cuidados de Idosos**. Disponível em: <<https://estudante.ifpb.edu.br/cursos/57>> Acesso em 28 de Abril de 2017.

JESUS, I. S. et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, 2010, p. 285-92.

MAIA, A. G. **Alzheimer**. In: PORTUGAL, I. P. et al. A Doença de Alzheimer e seu cuidador: um olhar interdisciplinar. Porto Alegre: Editora Rígel, 2007.

MARQUES, P. R. B. **Demência Tipo Alzheimer: diagnóstico, tratamento e aspectos sociais**. Recife: Universidade de Pernambuco, 1997.

MEDEIROS, F. A. L.; FÉLIX, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Processo Clinical Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1059-1066, 2016.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. In Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses.** São Paulo: Pioneira, 2005.

PALMA, K. A. X. A. **Terapia Ocupacional (TO) no atendimento ao idoso com doença de Alzheimer.** In: PORTUGAL, I. P. et al. *A Doença de Alzheimer e seu cuidador: um olhar interdisciplinar.* Porto Alegre: Editora Rígel, 2007.

PETERSON, R. C. **Guia Clínica Mayo sobre o Mal de Alzheimer.** Rio de Janeiro: Anima, 2006.

PORTUGAL, I. P. et al. **A Doença de Alzheimer e seu cuidador: um olhar interdisciplinar.** Porto Alegre: Editora Rígel, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. Conselho Municipal dos Direitos do Idoso de João Pessoa. **Cartilha de Orientações Básicas para Pessoas Idosas.** João Pessoa, 2013.

RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, n.16, v.1, p.159-170, 2013.

SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral.** São Paulo: Cultrix, 1970.

APÊNDICES E ANEXOS

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPB




UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 21/07/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“DEMÊNCIA: IMPLICAÇÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL E NO CUIDADO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS”**, da pesquisadora Márcia Queiroz de Carvalho Gomes. Prot. nº 0357/16. CAAE: 56761116.3.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mul. CIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a) _

Esta pesquisa é sobre a Demência e suas implicações no desempenho ocupacional e no cuidado de idosos institucionalizados, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Márcia Queiroz de Carvalho Gomes, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba e da aluna Maria da Penha Inácio Alves.

O objetivo do estudo é identificar os comprometimentos cognitivos e funcionais e suas implicações no desempenho ocupacional de idosos com Demência, que moram na Instituição, assim como as dificuldades encontradas pelos cuidadores para prestar cuidados a estes idosos.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento acerca das complicações que a demência traz para a realização das atividades de vida diária, o grau de dependência dos idosos e as necessidades de cuidado requerido por eles. Tais conhecimentos possibilitarão desenvolver estratégias de cuidado e uma assistência qualificada, atendendo as reais necessidades dos idosos e consequentemente, promovendo melhora na qualidade de vida tanto para os idosos quanto para os cuidadores.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo, de acordo com a Resolução nº466/12 da CONEP/MS. Informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos à sua saúde, já que só faz uso de informações verbais, podendo haver constrangimento ao responder as perguntas. No caso de haver constrangimento, desconforto e/ou incômodo quando da abordagem de assuntos referentes à temática da pesquisa, o/a senhor/a pode interromper sua participação a qualquer momento, e só voltar a fazê-lo se assim desejar e da maneira como julgar conveniente.

Sua participação consistirá em fornecer uma entrevista sobre sua atividade profissional e participar de uma roda de conversa com outras/os cuidadores a respeito dos cuidados aos idosos com demência. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Salientamos que os dados desta pesquisa ficarão guardados no Departamento de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba por 5 anos e, após esse período, serão descartados, de acordo com a Resolução número 466/12.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o/a senhor/a não é obrigado/a a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

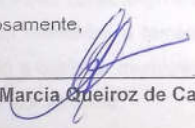
Assinatura da Testemunha

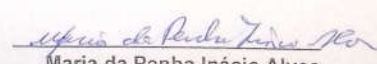
Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora orientadora Marcia Carvalho de Carvalho Gomes: (83) 3216 7996 ou (83) 9682 4888.

Endereço: Departamento de Terapia Ocupacional CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I. Ou: Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária/ Campus I, Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,




Prof. Marcia Queiroz de Carvalho Gomes


Maria da Penha Inácio Alves

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista Semiestruturada

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA</p> <p>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <p>DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL</p>	
---	--	---

Roteiro da entrevista (Cuidador)

I. Dados de Identificação

Nome: _____

Idade: _____ D.N.: _____

Estado Civil: _____

Naturalidade: _____

Onde reside: _____

Escolaridade: _____

II. Histórico ocupacional

1. Você teve outro/s emprego antes desse? Qual/is?
2. Há quanto tempo trabalha como cuidadora/o?
3. Há quanto tempo trabalho nessa instituição?
4. Quantas horas de trabalho por dia e por semana?
5. Quais os seus horários de trabalho?
6. Você fez algum curso preparatório para trabalhar com idosos?
7. Atributos/Qualidades que você possui para trabalhar como Cuidador(a) de idosos?
8. O que você mais gosta no trabalho que faz?
9. O que você menos gosta no trabalho que faz?

III. Impressões sobre a velhice

1. O que você acha da velhice?
2. O que você espera da sua velhice?
3. Você moraria numa instituição como essa?

IV. Conhecimento de Demência

1. Você sabe o que é Demência? Como obteve o conhecimento?
2. Como você reconhece que o idoso tem esta doença?
3. Quantos idosos estão sob seu cuidado?
4. Dos idosos sob seus cuidados quantos têm demência?

V. Cotidiano de trabalho

1. Descreva um dia de trabalho aqui na Instituição

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Grupo Focal**GRUPO FOCAL****QUESTÕES CENTRAIS**

1. Cuidar de idosos com Demência é diferente dos outros idosos? Por quê?
2. Vocês sentem alguma dificuldade em lidar com o idoso com Demência? Quais?
3. Vocês usam alguma estratégia para cuidar deles? Como aprendeu?
4. O que vocês acham que poderia ajudar vocês a cuidar melhor do idoso com Demência?